FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1904, à 1 heure*

PAR

**Louis-Charles BARTHÈS**
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DE

# La Luxation Progressive du Poignet

## CHEZ L'ADOLESCENT ET CHEZ L'ADULTE

*Président :* M. BERGER, *professeur*

*Juges :* MM. LE DENTU, *professeur*
SCHWARTZ et FAURE, *agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

**PARIS**
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
**H. JOUVE**
**15, rue Racine, 15**

1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et Chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | HUTINEL. / BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils | RECLUS. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT. |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | BROUARDEL |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | HAYEM. |
| Clinique médicale | DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY. |
| Maladie des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND / TILLAUX. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. / TERRIER. / BERGER. |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. / PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ACHARD | FAURE | LEGUEU | TEISSIER |
| AUVRAY | GILLES DE LA TOURETTE | LEPAGE | THIERY |
| BEZANÇON | | MARION | THIROLOIX |
| BONNAIRE | GOSSET | MAUCLAIRE | THOINOT |
| BROCA (Aug.). | GOUGET | MERY | VAQUEZ |
| BROCA (André) | GUIART | POTOCKI | WALLICH |
| CHASSEVANT | HARTMANN | REMY | WALTHER |
| CUNEO | JEANSELME | RENON | WIDAL |
| DEMELIN | LANGLOIS | RICHAUD | WURTZ |
| DESGREZ | LAUNOIS | RIEFFEL (chef des travaux anat.) | |
| DUPRE | LEGRY | | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

DE LA

# Luxation Progressive du Poignet

## Chez l'Adolescent et chez l'Adulte

---

## INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier dans cette thèse les luxations progressives du poignet chez l'adolescent et chez l'adulte. Que doit-on comprendre sous ce terme de luxations progressives? Malgaigne dit que ces luxations sont « préparées ou favorisées par un état morbide, en sorte que les liens articulaires étant relâchés ou détruits par avance il suffit du moindre effort pour opérer le déplacement ».

Le mot d'état morbide est bien vague, et si on le prenait dans son sens strict, il faudrait ranger dans les luxations progressives du poignet les déplace-

ments des surfaces articulaires qui se produisent dans la tumeur blanche du poignet, alors que ces surfaces sont déjà atteintes par le processus tuberculeux et détruites en partie. De même il faudrait comprendre dans ces luxations les arthropathies tabétiques.

Cette manière de voir semble exagérée, et il n'y a pas lieu de donner le nom de luxation progressive aux déplacements de surfaces articulaires qui n'existent pour ainsi dire plus.

Au contraire, on doit réserver ce nom aux luxations qui se produisent peu à peu, alors que les surfaces articulaires étant intactes, leur déplacement est causé par une altération organique ou fonctionnelle des ligaments articulaires ou des muscles qui entourent l'articulation.

Chez les jeunes sujets les luxations progressives sont dues à une déformation des extrémités inférieures des os de l'avant-bras et présentent une pathogénie spéciale.

Ce sont les luxations du poignet, ainsi comprises, que nous allons maintenant étudier.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous voulons exprimer la reconnaissance que nous garderons toujours pour les maîtres qui nous ont initié aux sciences médicales.

Nous assurons de toute notre reconnaissance M. le professeur Berger, dont nous avons été l'élève et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous adressons un souvenir ému à la mémoire de M. le Dr Gérard-Marchant qui a guidé nos premiers pas dans la science chirurgicale.

Nous n'oublierons pas l'amabilité avec laquelle M. Letulle nous a reçu dans son service où il nous a initié à la clinique interne.

Nous adressons tous nos remerciements à MM. les Drs Gouraud et Toupet, dans les services desquels nous avons été externe, ainsi qu'à M. Champetier de Ribes, dans le service duquel nous avons appris l'obstétrique.

# HISTORIQUE

La luxation progressive du poignet semble avoir été étudiée pour la première fois par Dupuytren, qui décrit des luxations survenant chez des imprimeurs et des apprêteurs de drap et ayant une marche progressive.

Le Dr Lesauvage dans son *Mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives* rapporte une observation de luxation progressive du poignet consécutive à un traumatisme et qui évolua en six mois.

Malgaigne cite un cas de luxation progressive qu'il considère liée à un relâchement préalable des ligaments.

Nélaton en rapporte aussi une observation.

En 1878, Madelung étudia une luxation progressive se montrant chez les jeunes sujets et présentant des caractères bien particuliers. Depuis, cette luxation nommée « Maladie de Madelung » a été très étudiée et des travaux nombreux ont été publiés sur la question.

Pour ne citer que les principaux auteurs qui se

sont occupés de cette déformation, il faut mentionner M. Félix qui en fit le sujet de sa thèse inaugurale, MM. Duplay et Delbet, MM. Kirmisson, Roget et enfin M. Abadie qui, dans la *Revue d'Orthopédie*, a écrit un article qui constitue une étude complète de la maladie de Madelung.

Si cette dernière affection est actuellement bien connue, il nous paraît que l'on s'est beaucoup moins occupé des luxations progressives de l'adulte qui comprennent des types bien divers que nous essaierons d'exposer.

Il semble également que l'on ait rangé dans la « maladie de Madelung » certaines luxations progressives de l'adulte. Ainsi la malade de Madelung dont nous donnons l'observation, devait avoir cette dernière affection, car son âge et les circonstances qui ont précédé l'évolution de la maladie ne sont guère en faveur d'une subluxation progressive des adolescents.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

### A. — *Luxation progressive des adolescents.*

Deux faits caractérisent cette luxation :

1° Le déplacement en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus ;

2° L'incurvation en avant de l'extrémité inférieure du radius qui conserve de plus toujours ses rapports normaux avec le condyle carpien.

Dans l'observation de Guéry il y a simplement saillie en arrière du cubitus par augmentation de l'intervalle radio-cubital, mais sans aucune déformation du radius. C'est le premier degré de la luxation progressive des adolescents.

Dans l'observation de Gevaert l'incurvation du radius existe, c'est la luxation type des adolescents.

Certains auteurs considèrent même cette incurvation comme le caractère distinctif de la « maladie de Madelung ». M. Gangolphe a donné à cette affection le nom de *radius curvus*. M. Duplay l'a appelée « incurvation rachitique de l'extrémité inférieure du radius ».

Comme faits plus rares il faut mentionner :

1° L'hypertrophie de l'extrémité inférieure du cubitus qui existe dans l'observation de Guéry ;

2° L'incurvation antérieure du cubitus et même la saillie du cubitus en avant du carpe (un cas de Kirmisson).

Madelung a disséqué le poignet d'une femme de 20 ans morte pendant un accouchement. C'est la seule vérification que l'on ait faite sur le cadavre, mais malheureusement la relation de Madelung est un peu obscure.

Voici comment M. Delbet rapporte cette observation :

« Il (Madelung) a gelé l'avant-bras et la main et fait deux coupes antéro-postérieures, dont l'une passe par le cubitus et l'autre par le radius. La première, celle qui passe par le cubitus est excellente, mais n'apprend rien de plus que la palpation. La seconde, celle qui passe par le radius et qui aurait eu de l'importance est malheureusement très mauvaise. Elle n'a fait qu'effleurer le bord externe du radius, de sorte qu'il est impossible de voir la courbure de cet os et même de se rendre compte des rapports du radius avec l'os semi-lunaire car vous savez combien ces coupes effleurantes, qui souvent sont obliques, peuvent tromper ».

B. — *Luxation progressive des adultes.*

Il n'y a ni incurvation radiale ni saillie postérieure du cubitus. Le condyle carpien est subluxé en avant, aussi bien du côté du radius que du cubitus.

On peut parfois trouver les traces d'un traumatisme antérieur.

Dans l'observation que nous rapportons, il y avait une saillie osseuse volumineuse, due au cal d'une fracture du scaphoïde.

Les ligaments articulaires sont intacts et relâchés.

Nous avons dit que le condyle carpien semblait être entraîné en masse à la partie antérieure de l'articulation. Cependant dans l'observation de Lesauvage, le condyle avait conservé ses rapports normaux avec le radius comme dans la « maladie de Madelung », ce qui peut s'expliquer ainsi que dans cette dernière affection par la laxité plus grande de l'articulation cubito-carpienne comparée à celle de la radio-carpienne.

## SYMPTOMATOLOGIE

### A. — *De la luxation progressive des adolescents.*

« L'affection commence par une sensation de gêne, de fatigue, dans l'accomplissement des mouvements du poignet, qui fait place bientôt à une véritable douleur. En même temps se produit peu à peu la déformation caractéristique ». (Kirmisson).

Parfois au contraire il y a d'emblée une douleur vive, une névralgie articulaire selon l'expression des Allemands. Aussi certaines personnes ne peuvent continuer leur travail et deviennent impotentes dès le début de l'affection.

Dans quelques observations on signale la contracture des fléchisseurs.

Mais c'est là l'exception et le plus souvent la douleur est tardive ; elle peut même manquer durant toute l'évolution de la maladie.

Arrivée à la période terminale de l'évolution l'articulation ne présente pas de rougeur et de chaleur, ni de gonflement.

Ce que l'on remarque c'est l'attitude vicieuse de la main qui est située sur un plan antérieur à celui de l'avant-bras.

La main peut être déviée, soit en dedans, soit en dehors.

La réduction est facile s'il y a seulement saillie du cubitus, mais elle n'est pas possible s'il y a incurvation antérieure du radius.

Le mouvement d'extension est limité ; ce qui est dû, d'après Madelung, à ce fait que le condyle carpien est arrêté du côté de sa face dorsale par l'extrémité inférieure du radius formant buttoir.

Du reste M. Delbet fait remarquer que l'incurvation antérieure du radius semble déterminer la diminution de l'extension, parce que l'axe du radius est rapproché de l'avant-bras, mais qu'il y a là surtout une apparence.

La flexion se fait au contraire comme à l'état normal, parfois même elle est plus prononcée.

L'évolution de la malade semble se faire dans un espace de temps variant de deux à six mois.

B. — *De la luxation progressive des adultes.*

Chez l'adulte l'évolution est des plus variables :

Il y a certaines personnes qui présentent une luxation complète du poignet sans avoir jamais eu la moindre douleur. C'est ce qui a lieu pour les malades dont parle Dupuytren.

« Tous les signes de luxations de ce genre apparaissent sans être accompagnés de douleur et de phlogose. Une difformité plus ou moins considérable et l'affaiblissement des parties sont les seuls inconvénients de ce déplacement ».

Dans la plupart des autres observations les malades souffrent beaucoup, soit qu'il y ait hydarthrose ou contracture musculaire, contrairement à ce qui a lieu quand la luxation est causée simplement par la laxité des ligaments.

Il y a alors de plus la limitation des mouvements qui sont extrêmement douloureux.

La main est entraînée sur un plan antérieur à celui de l'avant-bras : on sent à la partie postérieure de l'articulation la saillie formée par le rebord des surfaces articulaires du cubitus et du radius.

Les deux os de l'avant-bras sont généralement perceptibles aussi bien l'un que l'autre, le condyle carpien ayant cessé plus ou moins d'être en contact avec les surfaces articulaires radiale et cubitale et non plus seulement avec celle du cubitus comme dans la luxation progressive des adolescents. Cependant dans l'observation de Lesauvage le condyle carpien avait son rapport normal avec le radius, comme dans cette dernière affection.

## ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

### A. — *De la luxation progressive des adolescents.*

Félix disait que cette luxation n'évoluait jamais après un traumatisme, un mouvement violent, une distension ou une contusion de l'articulation. C'était aussi l'opinion de Madelung. Aujourd'hui il est prouvé qu'il n'en est pas toujours ainsi. Dans l'observation rapportée par M. Guéry il y avait eu un traumatisme articulaire ; le malade avait éprouvé une douleur vive au moment de l'accident, il avait entendu un craquement, le poignet avait été enflé. Ailleurs il faut faire intervenir les fatigues professionnelles. Madelung a insisté sur les luxations se produisant chez les jeunes gens faisant de l'escrime ou jouant du piano.

Parfois enfin la luxation évolue sans cause apparente et cette forme est certainement la plus fréquente. Alors que le malade n'est soumis à aucun travail, l'affection évolue comme si elle était provoquée par des fatigues excessives.

Cette affection se montre seulement chez des

jeunes gens de 12 à 20 ans, principalement chez les femmes.

Sur 20 cas rapportés par Dekeyser, on note 12 femmes et 8 hommes. Dekeyser insiste sur le rôle de l'hérédité. Il cite le cas d'une femme ayant une luxation progressive évoluée dans le jeune âge et dont la fille présentait la même déformation. La luxation peut être bilatérale. Sur les 20 observations rapportées par Dekeyser, elle était quatre fois bilatérale.

La plupart des auteurs admettent actuellement que cette luxation a une origine osseuse, mais ils sont moins d'accord sur le caractère de cette origine.

Madelung a dit que les muscles fléchisseurs qui passent au-devant de l'extrémité inférieure du radius, déterminent par la répétition des mouvements de flexion du poignet, une pression sur cette extrémité et finissent par arrêter à la partie antérieure le développement du cartilage de conjugaison, d'où incurvation antérieure de l'épiphyse inférieure du radius. Comme cause adjuvante, Madelung mentionne la faiblesse des ligaments chez les jeunes sujets.

M. Delbet pense plutôt qu'il s'agit d'une affection rachitique du cartilage épiphysaire qui sous l'influence des fléchisseurs entraîne l'incurvation radiale. Il la compare au genu valgum.

M. Gangolphe dit que la lésion est due à un arrêt de développement de la partie antérieure du

cartilage de conjugaison du radius. Normalement le le cartilage de conjugaison du radius se montre sous forme d'un trapèze à base externe sur toute la largeur du radius. Au contraire, dans la luxation progressive des adolescents, « le cartilage manque sur le bord interne du radius : il a la forme d'un cône à base externe ne s'enfonçant que dans le tiers externe de l'os. La lésion n'existe pas à la partie postérieure, si bien que le tiers antérieur ayant subi un défaut d'accroissement l'obliquité de la face articulaire radiale se trouve augmentée ».

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question admettaient d'autres pathogénies, mais elles n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

Ainsi Busch croyait que la contracture primitive des muscles entourant le poignet entraînait la difformité.

Félix disait que « le surmenage de l'articulation du poignet en pleine croissance réveille un état d'hyperexcitabilité pathologique de la moelle d'où des troubles de nutrition de l'articulation portant principalement sur le cartilage de conjugaison et de la contracture musculaire localisée au groupe des fléchisseurs les plus surmenés. Cette contracture place le membre dans une position fixe, la déformation et la subluxation se produisant graduellement ».

Cette théorie ne s'appuie sur aucune observa-

tion. Du reste M. Félix ajoute « nous n'avons pas donné une démonstration rigoureuse, mais en pareille matière des auteurs compétents se sont eux-mêmes servis d'hypothèses à défaut de preuves évidentes que les faits se refusent à fournir ». M. Redard a émis une autre théorie. Pour lui la déformation serait due à des hypertrophies osseuses localisées produites par des irritations des cartilages de conjugaison de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius. Les fléchisseurs seraient les agents de cette irritation. Cette théorie pourrait peut-être s'appliquer à une catégorie de luxations progressives où l'on a signalé des hypertrophies des épiphyses inférieures cubitale et radiale, mais elle ne saurait s'appliquer à la plus grande partie des cas de luxation progressive des adolescents.

### B. — *De la luxation progressive des adultes.*

L'étiologie et la pathogénie des luxations progressives de l'adulte diffèrent beaucoup les unes des autres.

Tout d'abord il faut citer la laxité des ligaments de l'articulation que Dupuytren a bien décrite :

« Il est une variété de luxation de l'articulation radio-carpienne qui n'a pas été jusqu'ici assez étudiée par les praticiens et dont certains ouvriers présentent des exemples frappants, on l'ob-

serve spécialement chez les hommes qui exercent avec les mains des tractions brusques, violentes, souvent répétées comme les imprimeurs et les apprêteurs de drap, en faisant agir le levier de la presse, sous l'influence de ces efforts continus il n'est pas rare de voir les ligaments du poignet se relâcher et s'étendre de manière à permettre aux os, des mouvements plus étendus que dans l'état normal.

« Le carpe cessant alors d'être solidement fixé à l'avant-bras il cède à l'action des muscles fléchisseurs et se place au-devant des extrémités inférieures du cubitus et du radius ».

La luxation progressive du poignet peut aussi être causée par un traumatisme qui sans avoir entraîné une luxation immédiate a cependant déterminé une entorse, a affaibli l'articulation et causera peu à peu une luxation. Malgaigne a signalé cette catégorie de luxations progressives et elle a été bien étudiée par Forgue et Maubrac.

« Dans cette catégorie, disent ces auteurs, nous rangerons les luxations dont on peut décrire ainsi le type schématique: traumatisme articulaire d'intensité variable. Il peut y avoir eu tiraillement ligamenteux, distension, tractions forcées, arrachement osseux ou déchirure capsulaire, diastasis et déplacement momentané des surfaces articulaires : l'articulation ainsi violentée en a gardé une faiblesse et une instabilité spéciales : sous l'influence d'exercices forcés, d'actions inopportunes,

elle perd graduellement sa fixité et arrive à la luxation, par distension ligamenteuse progressive. Les mouvements actifs agissent sur cette articulation à la manière de véritables traumatismes chroniques ».

L'observation que nous rapportons en est un exemple : la malade qui est couturière avait travaillé encore pendant deux mois après avoir eu une contusion du poignet et une fracture du scaphoïde. Mais peu à peu des contractures musculaires réflexes avaient manifesté la souffrance de l'articulation et une subluxation était apparue progressivement. La contracture s'était montrée particulièrement du côté des fléchisseurs par suite de leur action prédominante.

L'hydarthrose de l'articulation radio-carpienne peut entraîner au poignet la luxation progressive. C'est ce que montre l'observation de Lesauvage. Celui-ci l'explique par l'écartement des surfaces articulaires et par l'action prédominante des muscles fléchisseurs de la main. Il semble, en effet, que ces muscles formant une masse de substance contractile plus considérable que celle des muscles extenseurs puissent déterminer par contracture réflexe la déviation du carpe en avant.

Chez les hystériques, la contracture musculaire primitive suivie de rétraction tendineuse peut causer une luxation progressive. On doit distinguer ce cas de celui où il y a contraction musculaire secondaire à une affection articulaire.

L'observation de Madelung concernant une malade de 27 ans, montre aussi que l'affection peut évoluer après une synovite des extenseurs du poignet, probablement par contracture musculaire secondaire ; mais dans ce cas on est réduit à faire des hypothèses, car la relation de Madelung est très courte et ne donne guère de détails sur le développement de l'affection.

## PRONOSTIC

La luxation progressive des adolescents est une affection qui n'est pas sans gravité puisqu'elle peut, sinon empêcher celui qui en est atteint de continuer tout travail manuel, du moins le gêner beaucoup dans l'exécution de ce travail.

Comme elle apparaît le plus souvent chez des ouvriers à articulation surmenée, il est important de ne pas l'abandonner à elle-même au début, alors que les appareils contentifs de l'articulation auront quelque chance d'arrêter l'évolution de l'affection.

Dans certains cas les malades n'ont été nullement gênés.

« Le progrès de l'affection une fois terminé, la puissance du membre reprend son intégralité : les personnes qui possèdent un *carpus curvus* ne conservent comme souvenir de leur maladie qu'une légère difformité consistant dans les saillies du cubitus en arrière et du talon de la main en avant et parfois aussi dans l'inflexion de la main » (Dekeyser).

La luxation progressive des adultes a un pronostic plus sévère, car dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, excepté dans celles de Dupuytren, l'affection même traitée s'est reproduite plus ou moins et certains malades paraissent devoir rester toute leur vie des impotents.

## DIAGNOSTIC

Il importe tout d'abord de ne pas confondre une luxation progressive de Madelung avec une luxation progressive de l'adulte.

L'âge est certainement un facteur important, mais il existe des cas limites qui peuvent présenter quelques difficultés.

Voici par exemple un sujet âgé d'une vingtaine d'années ayant eu un traumatisme du poignet et présentant une subluxation progressive en avant, on ne peut dire d'emblée qu'il ne s'agit pas de la maladie de Madelung, en considérant le traumatisme qui a marqué le début de l'évolution de l'affection, car dans quelques cas, exceptionnels il est vrai, la luxation progressive des adolescents débute par un traumatisme.

Néanmoins la luxation survenant sans cause appréciable est un signe en faveur de la maladie de Madelung. La marche de l'affection ne présente pas non plus de signes différentiels importants. La luxation des adolescents évolue parfois avec accompagnement de douleur, de contracture mus-

culaire comme certains cas de luxation progressive de l'adulte. Les signes qui feront faire en général le diagnostic sont la saillie en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus et l'incurvation en avant du radius, qui n'existent pas dans la luxation des adultes. Par contre, dans cette dernière, le condyle carpien a quitté au moins en partie son contact avec l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, ce qui n'a pas lieu dans la maladie de Madelung ; de plus il n'y a pas d'incurvation radiale. On ne doit pas non plus oublier que la luxation progressive de l'adulte peut évoluer sans traumatisme antérieur ; c'est ce qui s'est produit pour la malade dont M. Marion a bien voulu nous donner l'observation.

Une luxation traumatique ancienne peut prêter confusion avec une luxation progressive principalement chez l'adulte.

La malade dont nous rapportons l'observation à un examen rapide aurait pu sembler avoir une luxation traumatique, mais l'interrogatoire a montré que l'affection avait eu une marche progressive. Ce qui l'a démontré d'ailleurs c'est que pendant l'opération à laquelle elle a été soumise on a trouvé les ligaments articulaires en parfait état d'intégrité. Or M. Abadie a établi que dans la luxation traumatique il y avait nécessairement rupture complète des ligaments latéraux.

Dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, il y a une déformation en sens inverse de

celle que l'on observe dans les luxations progressives.

Une hydarthrose du poignet peut présenter quelque difficulté de diagnostic, quand elle se complique de luxation progressive, comme cela a lieu dans l'observation de Lesauvage.

L'arthropathie tabétique du poignet apparaît brusquement et elle est extrêmement rare (trois fois sur 207 cas d'arthropathies tabétiques).

Les arthrites rhumatismale ou blennorrhagique ne peuvent être confondues avec les luxations progressives, car il y a tuméfaction.

Les mains botes, congénitales ou acquises, présentent comme caractères particuliers, la main bote congénitale d'être accompagnée soit d'atrophie des os soit d'absence du radius ou du cubitus. Il n'y a que les cas, très rares d'ailleurs, où le squelette de la main bote congénitale est intact, qui pourraient prêter à confusion, mais l'interrogatoire lèvera tous les doutes.

La main bote acquise est consécutive soit à des cicatrices vicieuses, soit à des paralysies musculaires. S'il y a paralysies musculaires, on pourra observer des subluxations parce que la contracture des muscles opposés aux muscles paralysés détermine la déviation de la main.

Les exostoses de croissance de l'épiphyse inférieure du cubitus ne devront pas être prises pour l'hypertrophie de cette épiphyse qui a été signalée

chez certains jeunes sujets ayant une luxation de Madelung.

Du reste la radiographie permet actuellement de n'avoir pas d'hésitation.

## TRAITEMENT

Beaucoup de traitements ont été proposés pour réduire la luxation progressive des adolescents.

Madelung fixait la main en extension dans un appareil plâtré, mais les malades ont eu beaucoup de peine à se soumettre à ce traitement et les résultats ont été nuls chez tous les malades l'ayant suivi.

Busch fit, chez deux jeunes filles ayant de la contracture, la section sous-cutanée des muscles fléchisseurs et long palmaire pour permettre à la main de se remettre sur le même plan que l'avant-bras, mais il n'eut pas lieu de s'en féliciter, car la subluxation se reproduisit.

Le meilleur résultat obtenu l'a été par M. Delbet qui a pratiqué l'ostéotomie d'après le procédé de Duplay qui a tracé ainsi la technique de cette opération :

« Incision longitudinale sur la face palmaire. Du côté dorsal on est gêné par les tendons et leurs gaînes qu'il faut respecter. L'incision mesure deux centimètres et commence à un travers de doigt au-dessus de l'articulation.

C'est en somme la même incision que pour la ligature de la radiale. On récline l'artère et on arrive sur le radius après avoir sectionné les fibres inférieures du carré pronateur. On introduit l'ostéotome et on sectionne les os d'avant en arrière perpendiculairement à son axe.

Il ne faut pas achever la section à l'instrument tranchant pour ménager les gaînes ostéo-fibreuses ; on termine par l'ostéoclasie manuelle ».

M. Delbet fit chez la même malade deux ostéotomies successives, parce que à la suite de la première ostéotomie, le cal pas assez solidifié avait permis à la déformation de se reproduire. Après avoir laissé l'appareil plâtré en place pendant deux mois il n'y avait plus trace d'incurvation du radius et cette correction s'est montrée à peu près constante en ayant soin de faire porter à la malade un appareil comprimant le poignet.

Du reste l'ostéotomie doit être seulement réservée aux cas où il y a incurvation prononcée du radius.

Quand cette déformation n'existe pas, le traitement doit consister simplement en la mise d'un appareil plâtré. Le massage, l'électricité faradique des muscles de l'avant-bras sont également indiqués. Mais trop souvent le résultat a été le même : récidive au moins partielle de la déformation. M. Delbet recommande un appareil en cuir qui presse sur le talon de la main. « Chaque appareil est muni d'un coussinet mobile qui porte sur la

tête du cubitus et qu'une vis de rappel permet de serrer plus ou moins. Le malade applique l'appareil qui se lace sur le bord radial puis au moyen de la vis, il règle la pression sur le cubitus ».

Dans la luxation progressive des adultes, s'il y a de la contracture musculaire, la ténotomie sous-cutanée semble avoir produit de l'amélioration. C'est ce qui résulte de l'observation V. Mais dans ce cas on a observé des mouvements anormaux dus à la laxité des ligaments. On pourra aussi tenter d'obtenir la réduction en maintenant simplement le poignet dans un appareil plâtré, mais le résultat n'est guère satisfaisant : il y a récidive, comme dans les subluxations des adolescents traitées de la même manière.

# OBSERVATIONS

Les trois premières observations concernent la subluxation progressive des adolescents, les quatre dernières les luxations progressives de l'adulte.

## OBSERVATION I

MALGAIGNE. *Traité des fractures et des luxations.*

Le sujet, âgé de 36 ans, avait eu, à l'âge de 8 à 9 ans, l'avant-bras pris dans un engrenage ; de là une fracture compliquée qui fut bien guérie après trois mois et demi.

Trois ans plus tard on l'avait mis au service de maçons qui lui faisaient porter de lourds fardeaux : peu à peu survint une douleur vers la malléole cubitale qui commença à faire saillie en arrière. Sa mère le retira alors de chez son maître ; mais le déplacement continua à s'accroître sans gonflement, sans gêne des mouvements, sans autre douleur que celle déjà indiquée, et au bout de dix-huit mois le carpe était complétement luxé en avant.

J'ai vu ce malade à l'âge de 36 ans ; le carpe remonté à plus de deux centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus était en même temps écarté de cet os, de telle sorte que le diamètre antéro-postérieur du poignet était en ce point de cinq centimètres et demi et se réduisait à quatre centimètres et demi en rapprochant les os par une simple pression.

Tous les mouvements étaient libres et faciles : la flexion de la main en avant égale à celle du poignet sain : la flexion en arrière notablement moindre: la pronation moins complète aussi, mais la supination très complète.

La luxation était d'ailleurs irréductible.

## OBSERVATION II

(Gevaert. *Revue d'orthopédie*, 1902, n° 5).

Eugène V..., 16 ans et demi.

Père et mère bien portants.

Six sœurs plus jeunes, bien portantes, un frère mort du croup.

Le sujet n'aurait jamais été malade. Il aurait marché avant l'âge d'un an ; l'examen ne permet de constater aucune trace de rachitisme datant de son enfance.

Le malade nous est envoyé pour une scoliose très prononcée dont le début remonterait à environ deux ans et demi. La subluxation du poignet que nous allons décrire, il l'avait remarquée, mais n'y avait rapporté aucune attention.

Depuis l'âge de 13 ans, il est apprenti tisserand et travaille en moyenne 10 heures par jour et pendant toute l'année. Sa besogne consiste à exécuter du matin au soir des tractions rythmées au moyen des deux mains. De la main droite il tire une corde de haut en bas et alternativement de droite à gauche et de gauche à droite ; cette traction n'exige pas une dépense de force de plus d'un demi-kilo. La main gauche a un travail plus fatigant. Elle doit alternativement attirer la « casse » d'avant en arrière, pour la repousser ensuite d'arrière en avant et toujours dans le sens horizontal ; dans ce mouvement la résistance à vaincre exige une force de 3 à 4 kilos.

Il y a un an environ, le malade s'aperçut que la forme du poignet se modifiait. C'est à gauche que la lésion a paru débuter ; en tout cas c'est de ce côté seulement que son attention fut attirée : il sentait sa force diminuer dans cette main gauche, mais jamais il n'y a ressenti de douleurs, pas même après la fatigue d'une journée de travail ; les mouvements, non douloureux, étaient tous possibles et ne paraissaient pas diminués d'étendue. Il n'avait au début rien remarqué du côté droit.

Il a continué de travailler toujours de son métier de tisserand. La lésion a progressé lentement, sans grande douleur, aussi s'en souciait-il peu.

Toutefois il se plaignait que la faiblesse allait grandissant ; il devenait maladroit dans beaucoup de mouvements, il éprouvait de la difficulté, de la gaucherie à exécuter ceux-là mêmes auxquels il était le plus habitué : ainsi ce n'était qu'avec une certaine gêne et une certaine lenteur qu'il parvenait à défaire ses boutons pour se dévêtir.

Depuis environ sept mois il a remarqué que la même déformation entreprenait son poignet droit.

La flexion se faisait moins bien, l'extension encore possible était plus incomplète à gauche.

Il y a trois mois, à la fin d'une journée de travail, il éprouva de la gêne dans le poignet gauche. Les jours suivants, le soir, quand survenait la fatigue, cette gêne augmenta et devint de la douleur localisée à l'articulation carpo-métacarpienne du premier métacarpien, cette région était le siége d'un léger gonflement. Le matin, ces symptômes avaient toujours disparu. Le malade nous dit qu'à cette époque, comme il travaillait avec plusieurs navettes, l'une d'elles étant reliée au pouce gauche, celui-ci devait alternativement se fléchir et s'étendre.

Notre sujet est un jeune paysan, bien bâti, robuste paraissant jouir d'une excellente santé. Nous ne relevons d'ailleurs chez lui aucun symptôme morbide. Le système osseux est très développé, plus qu'il ne l'est généralement chez des individus de son âge.

La colonne vertébrale présente une déviation scoliotique très accusée : scoliose dorsale supérieure à convexité droite, avec abaissement de l'omoplate gauche. L'omoplate est surélevée et tend à se porter en avant. Flèche très forte, avec prédominance de la torsion sans inclinaison latérale. Courbure compensatrice dans la région lombo-sacrée. Peu de modification par la suspension céphalique.

Il existe du genu valgum surtout marqué au membre droit.

Les deux poignets présentent les signes caractéristiques de la maladie de Madelung, mais surtout accusés à gauche.

Les deux avant-bras sont normaux. Les lésions ne sont apparentes qu'au niveau du poignet, quoique les mensurations que nous donnerons plus loin indiquent cependant que les os de l'avant-bras eux-mêmes ont été modifiés.

L'apophyse styloïde du cubitus, qui à l'état normal ne produit pas de relief sensible, fait une saillie très apparente : en deça une chute brusque, un véritable escalier nous amène au niveau des os du carpe.

A la partie externe du poignet, la déformation ne présente pas de caractères aussi frappants. Les os du carpe, qui au côté interne paraissent brusquement séparés du cubitus, ont du côté externe conservé leurs rapports avec le radius ; celui-ci, à sa partie tout inférieure, paraît avoir subi une inflexion dans le sens de son axe longitudinal, inflexion qui aurait eu pour résultat une courbure à concavité antérieure. La face articulaire du radius au lieu de regarder directement en bas, regarderait en bas et un peu en avant.

La palpation permet de vérifier ces symptômes. L'apophyse styloïde du cubitus constitue à elle seule cette saillie du bord interne ; elle est nettement séparée des os du carpe.

La face postérieure du radius présente une courbure se dirigeant en bas et en avant. Les os du carpe sont unis normalement au radius : peut-être le jeu de leurs articulations est-il un peu plus étendu que d'habitude. En tous cas, les mouvements ne sont pas douloureux.

Les tendons extenseurs ne font pas une forte saillie sous la peau.

Du côté palmaire, au lieu de cette dépression qu'à la face dorsale nous trouvons brusquement à l'extrémité des os de

l'avant-bras, il y a une saillie formée par le talon de la main subluxé en avant.

Les éminences thénar et hypothénar sont légèrement atrophiées : on constate aussi une atrophie des muscles interosseux se traduisant par des dépressions entre les métacarpiens.

Les mêmes symptômes se retrouvent à droite et à gauche, un peu plus accusés à gauche cependant.

Au niveau de l'apophyse styloïde, la circonférence du poignet gauche mesure 17 cm. 5. La plus grande épaisseur dans le sens antéro-postérieur est de 4 cm. 5. La circonférence de l'avant-bras, mesurée à 5 centimètres en dessous de l'olécrâne est de 22 centimètres. Le cubitus gauche de la pointe de l'olécrâne à l'extrémité de l'apophyse styloïde, a une longueur de 26 centimètres.

Pour le côté droit nous avons respectivement : pour la circonférence du poignet un peu plus qu'à gauche, presque 18 centimètres : l'épaisseur est la même : 4 cm. 5 : l'avant-bras a une circonférence de 1 centimètre plus grande : il mesure 23 centimètres et le cubitus droit est aussi plus long, il a 27 centimètres.

Tous les mouvements sont possibles dans l'articulation du poignet et ils ne sont nullement douloureux. La flexion et l'extension, l'adduction et l'abduction s'exécutent facilement et ont une amplitude presque normale : la flexion est peut-être un peu diminuée. En tous cas les mouvements sont plus libres à droite qu'à gauche.

## OBSERVATION III

(Guéry. *Revue d'orthopédie*, 1898, no 4).

Un garçon de 13 ans en soulevant un tapis lourd ressentit dans le poignet gauche une vive douleur accompagnée d'un craquement. Il y eut un peu d'enflure du poignet, mais il continua à s'en servir en le soutenant à l'aide d'une manchette en cuir. Mais depuis un mois les douleurs et la déformation ont beaucoup augmenté.

Le poignet vu par sa face dorsale et un peu de profil du côté cubital, on est frappé de la saillie anormale que forme l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, surtout du cubitus qui est légèrement augmenté de volume.

Au contraire, à la face palmaire, les os de la première rangée du carpe font une saillie anormale, surtout le pyramidal. Les tendons fléchisseurs sont soulevés et saillants au-dessous du carpe. De plus il y a une légère déviation du côté cubital.

A la palpation on sent l'extrémité inférieure du cubitus un peu hypertrophiée et surtout déviée en haut du côté de la face dorsale et séparée de l'extrémité inférieure du radius par relâchement des ligaments de l'articulation radio-cubitale inférieure. La radiographie démontre nettement cette luxation et cet écartement anormal de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras.

En appuyant fortement sur cette tête cubitale on l'abaisse facilement et on la remet de niveau avec le radius, mais dès qu'on l'abandonne à elle-même elle reprend sa position vicieuse.

L'extrémité inférieure du radius n'est pas hypertrophiée. A la face antérieure du poignet on sent le pyramidal faire saillie en avant luxé sur le cubitus. Le scaphoïde et le semi-lunaire au contraire paraissent restés en connexion normale avec l'extrémité inférieure du radius.

Quand on étudie la mobilité de l'articulation on est frappé de l'exagération de la plupart des mouvements. L'adduction et l'extension sont légèrement diminuées, l'abduction est au contraire exagérée et surtout la flexion est telle que la main peut s'incliner à angle très aigu sur la face antérieure de l'avant-bras. Le traitement a consisté en une gouttière plâtrée avec tampon sur le cubitus. La déformation est devenue moindre, le cubitus restant seulement un peu saillant.

Les douleurs ont cessé.

## OBSERVATION IV (Personnelle).

Mme I..., âgée de 36 ans, couturière entre le 3 décembre 1903 à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, pour une déformation du poignet droit apparue peu à peu, consécutivement à une chute sur la main faite six mois auparavant. La malade souffre beaucoup du poignet.

Dans les antécédents héréditaires, il n'y a rien à signaler, ses parents sont bien portants.

Elle a un frère et une sœur également en bonne santé.

Dans les antécédents personnels, on note la rougeole et la scarlatine dans l'enfance.

La malade a habité le Vénézuela pendant deux ans et demi : elle a eu alors de la dyssentérie pendant quelques mois, et à la suite une anémie extrême qui l'a obligée à rentrer en France.

C'est une femme à l'aspect chétif. L'examen des poumons a fait constater la tuberculose au deuxième degré, au sommet du poumon gauche.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, Mme J..., est tombée sur la main droite en descendant un escalier. Elle ne peut préciser dans quelle position se trouvait la main lorsqu'elle a fait cette chute. Les jours suivants elle a éprouvé une légère souffrance au niveau du poignet : celui-ci a été un peu tuméfié, mais bientôt l'inflammation a disparu et la malade a pu travailler encore pendant deux mois.

Mais au bout de ce temps, peu à peu elle a eu des contractures musculaires douloureuses au niveau du poignet, elle a remarqué que son poignet se déformait de plus en plus et elle a été obligée d'interrompre ses occupations de couturière.

Le poignet droit présente une attitude vicieuse consistant en ce que le talon de la main est en saillie sur la face antérieure de l'avant-bras.

On sent en avant de l'articulation au niveau du scaphoïde une saillie osseuse.

Du côté de la face dorsale on aperçoit une dépression où se voient les tendons des extenseurs. De ce côté le rebord postérieur de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius sont perceptibles à la palpation.

La main n'est pas déviée latéralement. Elle est un peu atrophiée.

Les mouvements d'extension sont très douloureux, la flexion bien que douloureuse est cependant possible.

La douleur qui survient parfois spontanément est très intense quand on presse au niveau du scaphoïde et du trapèze, principalement au niveau de la saillie osseuse déjà signalée ; on voit alors les tendons fléchisseurs se contracter et faire saillie.

La malade est opérée le 25 février. Chloroforme.

M. le professeur Berger fait l'incision dorsale d'Ollier pour le cas où l'on aurait eu besoin de pratiquer la résection du poignet.

On remarque une subluxation totale du poignet qui est réduite facilement et une très grande laxité articulaire. Il n'y a pas de contracture, comme à l'état de veille, mais au contraire on peut faire jouer le condyle carpien dans sa loge ; on voit en même temps qu'il est difficile de maintenir la main rectiligne et la luxation réduite.

Du côté de la face antérieure du poignet, M. Berger fait une incision au nivean de la saillie osseuse douloureuse. On trouve une saillie exubérante qui est probablement le cal d'une fracture du scaphoïde produite au moment du traumatisme. Elle est située immédiatement au-dessous de l'insertion du ligament latéral externe de l'articulation.

On l'abrase et l'on termine par l'application d'un appareil plâtré pour maintenir la main dans la rectitude.

Le plâtre a été retiré une dizaine de jours après l'opération, la malade ayant voulu à ce moment quitter l'hôpital.

Nous avons revu Mme J... au mois de mai. Le poignet

avait repris son attitude vicieuse, mais les contractures musculaires étaient un peu moins intenses, la douleur moins vive et la malade pouvait se servir un peu de sa main, ce qui lui était impossible avant l'opération. Néanmoins elle n'avait pas encore pu se remettre à travailler.

## OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Marion.

Mlle A... I..., 24 ans, couturière, vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu au mois de novembre 1903 pour des attitudes vicieuses des deux mains sur les avant-bras.

Ces attitudes vicieuses se présentent de la façon suivante.

A droite la main est en forte abduction et en légère flexion. Lorsque l'on essaie de la mettre dans la rectitude, on éprouve une forte résistance et en même temps l'on voit se dessiner sous la peau une corde produite par la saillie du tendon du cubital antérieur. Pendant les mouvements forcés la malade souffre assez violemment.

A gauche la main est en flexion très prononcée, mais en même temps on constate très nettement qu'il y a une subluxation de l'articulation radio-carpienne caractérisée par une déformation en dos de fourchette inversé. La portion saillante du dos correspond à l'extrémité des os de l'avant-bras et le dos de la main se trouve sur un plan antérieur à celui de la face dorsale de l'avant-bras. Si l'on veut mettre la main en position normale, il y a résistance, douleur et saillie des tendons du grand palmaire et du cubital antérieur,

en même temps que flexion des doigts. Les muscles de l'avant-bras sont manifestement atrophiés.

Ces déformations datent de deux mois et sont consécutives à des attaques convulsives d'origine hystérique, suivies de contractures.

La malade étant fort gênée par les attitudes vicieuses qu'elle présente elle accepte l'offre qui lui est faite de sectionner les tendons des muscles rétractés. Des séances de massage assez prolongées n'ayant amené aucune amélioration.

Dans une première séance, au commencement de décembre, M. Marion sectionne à la cocaïne le tendon du cubital antérieur du côté droit et grâce à cette section parvient à redresser la main qui est immobilisée en réduction exagérée dans un plâtre. Mais il est facile de constater après la section que l'articulation est plus lâche qu'elle ne devrait l'être et qu'il est possible d'imprimer aux surfaces articulaires des mouvements de glissement qui n'existent pas normalement.

Au bout de trois semaines, le plâtre est enlevé ; la main a encore une certaine tendance à reprendre sa position vicieuse.

Cependant il est possible de la ramener en position correcte, on commence le massage et l'électrisation et dans l'intervalle des séances on remet l'appareil plâtré. Au bout d'un mois et demi, la malade est libérée et commence à se servir de sa main ; la réduction n'est pas complète mais suffisante au gré de la malade. Dans une deuxième séance au mois de janvier, M. Marion sectionne les tendons du cubital antérieur et du grand palmaire de la main gauche. La réduction opérée, on constate également la laxité articulaire caracté-

risée par des mouvements anormaux de glissement. On met un plâtre et l'on fait des séances de massage.

Au mois de mars la main droite encore légèrement déviée possède cependant des mouvements qui suffisent à la malade et qui n'existaient pas auparavant.

Le poignet gauche est également encore déformé, mais permet à la malade des mouvements dont elle est satisfaite, à ce moment la malade a pu reprendre ses occupations de couturière.

## OBSERVATION VI

### Dr Lesauvage de Caen.

*Mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives et en particulier sur celles du fémur.*

M... Esprit, âgé de 32 ans, sous-officier au 5e de ligne, se fit une contusion à la région palmaire du côté gauche avec le chien de son fusil. Il souffrit peu d'abord : cependant le maniement des armes lui occasionnait beaucoup de douleur, du gonflement et les mouvements devenaient assez difficiles. Ces accidents persistèrent et même s'aggravèrent par la négligence du malade qui fut enfin forcé d'entrer à l'hôpital de Caen le 6 février 1833, six mois après l'époque de sa blessure.

Examiné à ma visite du lendemain. M..., avait le poignet uniformément tuméfié ; l'articulation était le siége d'une

hydropysie qui tenait les surfaces articulaires assez éloignées et très mobiles. Le carpe avait éprouvé un déplacement tel que son côté interne était passé au-devant du cubitus, tandis que son côté radial avait seulement exécuté sur lui-même un mouvement, de telle sorte que le parallélisme des deux surfaces n'existait plus et qu'elles formaient entre elles un angle très ouvert du côté interne.

Cette conformation morbide était évidemment le résultat d'une luxation consécutive facilitée par l'écartement des surfaces articulaires immédiatement produite par l'action prédominante des muscles fléchisseurs de la main.

Sous l'emploi continu des antiphlogistiques, la tumeur diminua, le fluide synovial fut complétement absorbé, mais les surfaces conservèrent leur attitude vicieuse, malgré l'emploi de moyens mécaniques variés, dont la malade ne pouvait supporter l'application.

M... n'ayant pas voulu être réformé, est sorti de l'hôpital le 12 avril. La difformité de son poignet ne l'empêchait d'exécuter beaucoup de mouvements, seulement quelques-uns étaient assez limités.

## OBSERVATION VII

Madelung (*Die spontane subluxation der Hand nach vorne*).

Marie H...., de Belhausen, âgée de 27 ans, vient le 18 octobre à la polyclinique chirurgicale avec une synovite crépitante des extenseurs de l'avant-bras droit.

Sur la peau du côté palmaire de l'avant-bras droit se trouvait une cicatrice de brûlure, grande comme la main, qui datait de la sixième année. Quoique plus faible que le gauche, son bras droit lui servait pour son travail journalier et fut même surmené en dernier lieu par de gros travaux de cuisine. Un bandage ouaté immobilisa trois semaines son poignet droit et guérit la synovite.

La patiente reparaît le 3 mai 1877, à la clinique.

A ce moment son poignet droit était le siége d'une subluxation en avant. Elle raconte que, à la reprise de son travail et dès les premiers mouvements, les douleurs avaient reparu et s'étaient toujours accrues. Ces douleurs la rendant presque incapable de tout travail l'avaient amené à la clinique. La lésion avait donc mis six mois à évoluer.

## CONCLUSIONS

On doit distinguer dans les luxations progressives du poignet deux types :

A. La subluxation progressive des adolescents ou « maladie de Madelung » ;

B. Les luxations progressives de l'adulte.

La maladie de Madelung ne s'observe pas en dehors de la période de croissance du squelette. Presque toujours elle est caractérisée par la saillie en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus et l'incurvation en avant de l'extrémité inférieure du radius.

Généralement elle a une évolution non douloureuse et apporte seulement de la gêne dans l'exécution des mouvements du poignet.

Les luxations de l'adulte peuvent provenir de causes diverses : arthrites, contracture musculaire, soit primitive, soit secondaire à un traumatisme. Elles sont simplement des subluxations. Elles sont douloureuses et interrompent les travaux du malade.

Ces deux affections ont comme caractère commun de ne pas disparaître complétement sous l'influence des divers traitements, au moins pour la majorité des cas.

---

Vu : le Président de la thèse,
BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

*Abadie.* — Des luxations radio-carpiennes traumatiques (Thèse de Montpellier 1901).

*Abadie.* — De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent (Revue d'Orthopédie 1903, n° 6).

*Busch.* — Lehrbuch der Chirurgie. Berlin 1864.

*Cahier.* — Article luxations. In Traité de chirurgie Le Dentu, Delbet.

*Chipault.* — Article arthropathies, In Traité de chirurgie, Le Dentu, Delbet.

*Dekeyser.* — Journal médical de Bruxelles, 1901 n° 42.

*Delbet.* — Carpus curvus. Leçons de clinique chirurgicale. Paris 1899.

*Duplay.* — Un cas de rachitisme tardif des poignets. (Gazette des hôpitaux, 1891).

*Dupuytren.* — Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris.

*Félix.* — Etude sur la subluxation spontanée du poignet en avant (Thèse de Lyon 1884-1885).

*Forgue et Maubrac.* — Luxations pathologiques. Paris, 1886.

*Gevaert.* — Un cas de subluxation du poignet (Revue d'Orthopédie, 1902, n° 5).

*Guéry.* — Un cas de luxation progressive du poignet. (Revue d'Orthopédie, 1898, n° 4).

*Kirmisson.* — Difformités acquises de l'appareil locomoteur. Paris, 1902.

*Lesauvage.* — Mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives et en particulier celles du fémur. (Archives générales de médecine, 2e série, t. IX, 1835).

*Madelung.* — Die spontane subluxation der Hand nach vorne (Archiv. fur Klinische Chirurgie, 1879).

*Malgaigne.* — Traité des fractures et des luxations, 1835.

*Mauclaire.* — Traité de chirurgie, Duplay-Reclus, t. X.

*Nélaton.* — Eléments de pathologie chirurgicale. Paris, 1870.

*Nélaton.* — Article luxations. In Traité de chirurgie Duplay-Reclus.

*Quénu.* — Article arthropathies. In Traité de chirurgie Duplay-Reclus.

*Redard.* — Une déformation rare du poignet (Archives générales de médecine, t. II, 1892).

*Roget.* — Radius curvus. Thèse de Lyon 1899.

Imp de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

185

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE